

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP

IZABEL CHRISTINA RIBEIRO VIANNA

PRÓTESE OBTURADORA EM MAXILECTOMIZADOS: RELATO DE CASO

Nota 10

SÃO PAULO

2025

IZABEL CHRISTINA RIBEIRO VIANNA

PRÓTESE OBTURADORA EM MAXILECTOMIZADOS: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lauria Dib

SÃO PAULO

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Vianna , Izabel Christina Ribeiro

Prótese Obturadora em Maxilectomizados: Relato de Caso / Izabel
Christina Ribeiro Vianna. - 2025.
40 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto
de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de Concentração: Estomatologia, Bucomaxilofacial, Prótese.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lauria Dib.

1. Maxilectomia. 2. Prótese Obturadora. 3. Reabilitação. I. Dib, Luciano
Lauria (orientador). II. Título.

IZABEL CHRISTINA RIBEIRO VIANNA

PRÓTESE OBTURADORA EM MAXILECTOMIZADOS: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.
Universidade Paulista – UNIP

Prof. Dr.
Universidade Paulista – UNIP

Prof. Dr.
Universidade Paulista – UNIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que, de alguma forma, fizeram parte da construção da pessoa e da profissional que hoje se apresenta.

Dedico às noites insones, aos dias de cansaço e às madrugadas em que a dúvida tentou ser maior que o sonho — mas não conseguiu. Dedico às lágrimas que se misturaram ao café e às páginas dos livros, porque nelas também existia força. Cada renúncia, cada esforço e cada recomeço foram degraus que me trouxeram até aqui.

Dedico aos meus pais, que me ensinaram o valor da honestidade, do trabalho e da persistência. À minha mãe, que me ensinou o poder da fé silenciosa e do amor incondicional. Ao meu pai, que me mostrou que a dignidade se constrói nas pequenas atitudes do dia a dia. Tudo o que sou carrega o reflexo do que aprendi com vocês.

Dedico à minha tia e madrinha Ângela, que acreditou em mim quando eu ainda não sabia acreditar. Seu apoio foi abrigo, sua fé foi farol. Nenhuma palavra seria capaz de traduzir o quanto sua presença transformou o meu caminho.

Dedico também ao meu amor, que esteve presente não apenas nos momentos de alegria, mas sobretudo nos desafios desta trajetória. Sua paciência, carinho e apoio foram luz nos dias mais difíceis, transformando cada obstáculo em aprendizado e cada conquista em celebração. Ter você ao meu lado tornou esta caminhada infinitamente mais significativa.

E, acima de tudo, dedico este trabalho a Deus, que foi sustento, propósito e direção. Nos dias em que tudo parecia incerto, foi Ele quem me lembrou que nenhum esforço é em vão quando é feito com amor.

Por fim, dedico a esta versão de mim que teve coragem de não desistir. A menina que sonhou, tropeçou, chorou e insistiu. A mulher que hoje olha para trás e reconhece: cada dor valeu a pena. Porque o que se constrói com entrega, coragem e coração não se apaga, se transforma.

AGRADECIMENTOS

Com o coração cheio de gratidão, registro aqui a importância de cada pessoa, gesto, palavra e presença que tornaram esta caminhada possível.

A Deus, meu sustento nos dias em que a fé foi a única luz. Seu cuidado me acompanhou em cada etapa, me reerguendo nos momentos mais sombrios e celebrando comigo cada pequena vitória.

À minha tia e madrinha Ângela, que acreditou em mim quando até eu duvidava, que enxergou futuro onde eu só via tropeços. Com uma generosidade silenciosa e uma fé inabalável, você sustentou este sonho com amor e coragem. Cada aula, cada passo e cada conquista têm o brilho da sua presença, esta vitória também é sua. Muito do que me tornei carrega o reflexo do seu coração, da sua confiança e do seu amor que nunca mediu esforços.

Aos meus pais, Rosângela e Paulo, que viveram comigo cada cansaço, cada entrega. Pai, obrigada por ser exemplo vivo de dignidade e esforço. Seus ensinamentos não vieram apenas em palavras, mas em gestos, sacrifícios e renúncias, você abriu mão de sonhos e descanso para que eu pudesse viver os meus. Mãe, você foi o esteio por trás de tudo, a mão invisível que me amparou, a fé que nunca fraquejou. Se hoje me formo, é porque fui carregada nos ombros de gigantes, como vocês.

Ao Lucca, meu companheiro de jornada, obrigada por permanecer nos dias difíceis, por me acolher mesmo nos silêncios mais cansados e por transformar as incertezas em calma. Seu amor foi abrigo, sua presença foi âncora, e sua alegria fez cada conquista valer ainda mais à pena.

Às minhas grandes amigas, mulheres que me inspiraram e me fortaleceram durante todos esses anos: Lívia, por sua autenticidade vibrante e inteligência ímpar, que me fizeram querer ser mais de mim mesma. Mariana, pela doçura e pelo amor ao próximo, que me ensinaram a olhar com mais leveza para a vida. Juliana, por sua força e determinação, que me mostraram que a resistência também é uma forma de carinho. Giovanna, por sua compaixão e paciência, que me ensinaram tanto sobre escuta e entrega. Carolina, por sua parceria firme e fé inabalável, que tantas vezes

sustentaram não só a ti, mas a mim também. Foi um privilégio ter dividido esses quatro anos com pessoas e profissionais tão brilhantes, levarei sempre um pouco de cada uma comigo.

Aos professores que me guiaram e acreditaram em mim, meu respeito e admiração mais profundos. A cada aula, correção e palavra de incentivo, vocês plantaram em mim mais do que conhecimento: plantaram propósito. Ao Instituto Mais Identidade, minha gratidão por tantas portas abertas. Em especial, ao Prof. Luciano L. Dib, pela confiança e pelas oportunidades que ampliaram meus horizontes. E à Profa. Gabriela Malateaux, minha orientadora, deixo minha mais sincera gratidão por cada ensinamento, incentivo e olhar atento. Sua orientação foi mais do que acadêmica, foi humana, inspiradora e transformadora. Obrigada por me guiar com paciência, sabedoria e sensibilidade, por acreditar no meu potencial e por fazer parte de uma etapa tão significativa da minha trajetória. Levo comigo não apenas o aprendizado, mas o exemplo de dedicação e amor pela odontologia que você representa.

Ao A.C. Camargo Cancer Center, minha mais profunda gratidão por ter sido mais do que um campo de estágio. Foi um lugar de descobertas e amadurecimento, onde aprendi que a odontologia vai além das técnicas e se revela no olhar atento, no cuidado sensível e no respeito à dor e à esperança de cada paciente. Ali compreendi o verdadeiro significado de cuidar: estar presente com empatia, ouvir com o coração e agir com propósito. Levo comigo não apenas o conhecimento, mas a humanidade que encontrei em cada experiência vivida nesse espaço tão transformador.

Aos pacientes, minha gratidão mais sincera. Obrigada por confiarem em mim, por me permitirem tocar suas histórias, devolver sorrisos e dignidade. Em cada atendimento, descobri que a odontologia é o encontro entre a ciência e o afeto. Cuidar de alguém é, antes de tudo, um ato de amor, e amar transforma também quem cuida.

À instituição que me acolheu, formou e desafiou, obrigada por cada etapa — fácil ou difícil — que me moldou como profissional e como ser humano. E a todos que estiveram comigo de alguma forma, com uma palavra, uma mensagem, um café, uma escuta, ou apenas uma presença silenciosa: vocês fazem parte desta conquista. Afinal, quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai

acompanhado com certeza vai mais longe. Tudo o que construí aqui, carrega um pedaço de cada um de vocês.

Com todo o meu coração, obrigada.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Atribuída à Carl Gustav Jung

RESUMO

Maxilectomia é um procedimento cirúrgico que envolve a remoção parcial ou completa da maxila para tratar tumores benignos/ malignos e traumas na região da cabeça e pescoço, resultando em defeito cirúrgico geralmente com comunicação oronasal, envolvendo grandes áreas. O pós-operatório inclui desafios significativos, como problemas respiratórios, de deglutição, desnutrição e estéticos, além de possíveis complicações, como o trismo. A reabilitação do paciente após maxilectomia pode ser feita com prótese obturadora ou procedimento cirúrgico, cada método possui vantagens e desvantagens. A escolha do método de reabilitação depende das necessidades individuais de cada paciente, do histórico médico e da disponibilidade de recursos. Próteses obturadoras são frequentemente utilizadas devido à sua eficácia na reparação de defeitos cirúrgicos. A participação dos cirurgiões-dentistas em equipes multidisciplinares é crucial não só para o tratamento técnico, mas também para a reabilitação dos pacientes, melhorando sua qualidade de vida. O presente trabalho tem como objetivo fazer um relato de caso completo de paciente maxilectomizado com necessidade de reabilitação com prótese obturadora, servindo como instrumento para àqueles que pesquisam sobre o que vem a ser a reconstrução protética pós-maxilectomia e suas implicações.

Palavras-chave: Maxilectomia; Prótese obturadora; Reabilitação.

ABSTRACT

Maxillectomy is a surgical procedure involving partial or complete removal of the maxilla to treat benign or malignant tumors and trauma in the head and neck region, resulting in a surgical defect typically with oronasal communication, involving large areas. Postoperative care includes significant challenges such as respiratory and swallowing problems, malnutrition, and aesthetic concerns, along with potential complications like trismus. Patient rehabilitation following maxillectomy can be achieved through obturator prostheses or surgical transplantation, each method having its own advantages and disadvantages. The choice of rehabilitation method depends on individual patient needs, medical history, and resource availability. Obturator prostheses are frequently used due to their effectiveness in repairing surgical defects. The involvement of oral and maxillofacial surgeons in multidisciplinary teams is crucial not only for technical treatment but also for patient rehabilitation, improving their quality of life. This study aims to provide a comprehensive case report of a maxillectomized patient requiring rehabilitation with an obturator prosthesis, serving as a guide for those researching prosthetic reconstruction following maxillectomy and its implications.

Keywords: Maxillectomy; Obturator prosthesis; Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografia Inicial Intraoral	27
Figura 2 – Exame Intraoral - Odontograma	27
Figura 3 – Radiografia Panorâmica	27
Figura 4 – Modelo de trabalho com desenho da armação metálica	28
Figura 5 – Armação metálica.....	28
Figura 6 – Armação com tutor metálico.....	28
Figura 7 – Cera utilidade com resina soft no tutor metálico e armação.....	29
Figura 8 – Prótese obturadora acrilizada	29
Figura 9 – Prótese finalizada na cavidade oral.....	30
Figura 10 – Orientações de cuidado com a prótese	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	Definição e Objetivos da Maxilectomia.....	15
3.2	Pós-operatório e o Impacto Funcional e Estético da Maxilectomia	16
3.3	Indicações, Causas e Fatores de Risco da Maxilectomia	17
3.4	Classificação dos Defeitos Cirúrgicos.....	18
3.4.1	Classificação baseada na Extensão e Localização	18
3.4.2	Classificação, Tratamento e Impactos Funcionais.....	20
3.5	Opções de Tratamento	21
3.5.1	Prótese Obturadora X Métodos Cirúrgicos de Reconstrução	21
3.5.2	Evolução dos Tratamentos Oncológicos: Radioterapia e Quimioterapia	23
3.6	Prótese Obturadora	23
3.6.1	Definição e Função da Prótese Obturadora.....	23
3.6.2	Indicações, Contraindicações e Requisitos para uma Prótese Obturadora bem adaptada.....	24
3.6.3	Benefícios funcionais e psicológicos para pacientes após a Maxilectomia e colocação da Prótese	25
4	RELATO DE CASO.....	26
5	DISCUSSÃO	32
6	CONCLUSÃO.....	34
	REFERÊNCIAS	35
	ANEXOS.....	39
	Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	39
	Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).....	40

1 INTRODUÇÃO

A maxilectomia pode ser definida como uma etapa cirúrgica que causa a remoção da maxila de forma total ou parcial, feita de maneira proposital para remover um tumor benigno/maligno ou ainda ser causada por um trauma na região de cabeça e pescoço, que resultará em um defeito cirúrgico (Ali; Altaie; Nattress, 2015). O defeito cirúrgico muitas vezes gera uma comunicação buco-nasal, incluindo regiões como o seio maxilar e a nasofaringe, podendo até abranger regiões mais amplas, como em casos de maxilectomia radical estendida com exenteração da órbita, uma ressecção crânio-orbital (Artopoulou *et al.*, 2017; Herzog *et al.*, 2021; Irish *et al.*, 2009; Molumi; Dubey; Apaio, 2012; Santos *et al.*, 2016; Vero *et al.*, 2015), ou ainda se resumindo apenas a parte do palato ou o palato completo sem atingir estruturas superiores (Artopoulou *et al.*, 2017).

Embora existam diversas formas e necessidades para realizar a maxilectomia, é válido lembrar que todas as ressecções envolvem um ônus considerável em seu pós-operatório, a perda de funções essenciais ao ser humano, acarretando diversas falhas de comunicação, deficiências respiratórias, de deglutição, de desnutrição (pacientes que se encontram nessa situação, costumam ter uma alimentação carente de componentes necessários para uma dieta rica em nutrientes devido ao vazamento nasal, por exemplo) (Sloot, 2003) e estéticas (um processo de maxilectomia acaba gerando cicatrizes decorrentes deste procedimento cirúrgico, o que pode causar no paciente um sentimento de frustração constante) (Herzog *et al.*, 2021). Além de todos esses fatores, existe a ocorrência de trismo no pós-ressecção, devido à grande perda de tecido, à contração muscular do músculo masseter, fraturas e o impacto da secagem na cavidade ainda aberta (Molumi; Dubey; Apaio, 2012).

É importante entender as causas da necessidade de realizar uma maxilectomia, que são diversas. Podemos classificar as causas iniciais em dois grandes grupos: tratamento cirúrgico de neoplasias benignas/malignas, ou trauma (Vero *et al.*, 2015), sendo as neoplasias as causas mais comuns. Na tentativa de detalhar ainda mais as causas de ressecções invasivas da maxila, Hanasono *et al.* (2013) avaliaram as causas de maxilectomia em 246 pacientes, observando que 56,1% apresentaram como razão da maxilectomia um tumor nasossinusal, 19,1% carcinoma de células escamosas, 17,5% sarcoma, 10,2% carcinoma adenoide cístico e 16,3% tumor cutâneo.

Levando em consideração todas as vantagens e desvantagens entre os dois grandes métodos de reabilitação, é válido dizer que a escolha da forma com que deverá ser feita a reabilitação depende majoritariamente do caso de cada paciente, das indicações e do histórico médico deste.

As vantagens da prótese obturadora são diversas, e podem de fato, trazer uma ótima resposta, tendo como base a sua importância e popularidade como recurso para a reparação do defeito cirúrgico, e pela dificuldade advinda da complexidade de eleger casos para a reabilitação cirúrgica com enxertos e retalhos, disponibilidade de recursos financeiros e técnicos.

É nítida a importância do cirurgião dentista nas equipes multidisciplinares pré, trans e pós-operatórias, não somente devido ao próprio defeito cirúrgico que para ser criado necessita de alto conhecimento técnico, mas também pela necessidade de reabilitar os pacientes de forma holística, desde a estética até a parte funcional, o que colabora para uma grande melhora na qualidade de vida do paciente em todos os aspectos.

Pensando não somente na diferença que o cirurgião-dentista pode ocasionar na vida pessoal e profissional dessa comunidade que luta com inúmeras questões físicas, econômicas e psicológicas, mas também pensando no impacto do conhecimento da população leiga, tendo em vista os diversos preconceitos enfrentados pelos pacientes maxilectomizados e a falta de preparo social para lidar com essa questão, o presente trabalho tem como objetivo fazer um relato de caso completo de paciente maxilectomizado com necessidade de reabilitação com prótese obturadora, servindo como instrumento para àqueles que pesquisam sobre o que vem a ser a reconstrução protética pós-maxilectomia e suas implicações.

2 OBJETIVO

O propósito deste trabalho é descrever, de maneira aprofundada e embasada, um caso clínico de um paciente que passou por maxilectomia, seguido por uma reabilitação bucomaxilofacial utilizando uma prótese obturadora. O objetivo é apresentar as fases clínicas que fazem parte do planejamento, fabricação e ajuste da prótese, além de avaliar os efeitos funcionais, estéticos e psicossociais relacionados ao tratamento.

Os objetivos específicos incluem:

- Realizar uma revisão da literatura sobre maxilectomia, abordando suas indicações, consequências e métodos de reabilitação;
- Enfatizar as vantagens e desvantagens da prótese obturadora quando comparada a opções cirúrgicas reconstrutivas;
- Demonstrar a relevância da colaboração interdisciplinar na reabilitação de pacientes que passaram por maxilectomia;
- Refletir sobre como a prótese obturadora pode melhorar a qualidade de vida do paciente, considerando aspectos funcionais (como fala, mastigação e deglutição), além de fatores psicológicos e sociais.

Através de uma abordagem tanto prática quanto teórica, espera-se oferecer contribuições para o entendimento e a valorização da reabilitação protética como uma alternativa viável, acessível e eficaz para pacientes que sofreram grandes remoções maxilares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Definição e Objetivos da Maxilectomia

Segundo Santos *et al.* (2016), podemos definir a maxilectomia como um procedimento que resultará em criar uma comunicação ligando as cavidades nasal e oral, o que gera dificuldades na fala, mastigação, no ato de deglutir e em uma estética deficiente.

A maxilectomia pode ser realizada de diversas formas, ainda que todas consistam em um objetivo em comum. Sun *et al.* (2009), por exemplo, citam duas técnicas de ressecção tumoral a incisão de Weber-Fergusson e a incisão cervical com divisão labial, já nos resultados das análises realizadas por Herzog *et al.* (2021), encontramos outras formas de ressecção, sendo elas transoralmente ou por faringotomia lateral, todas com congelação das margens.

Hanasono *et al.* (2013) citam uma informação importante a respeito do que vem a ser considerado maxilectomia em seu sentido mais amplo diz que o termo “ressecções maxilares” inclui aquelas que envolvem parte do palato ou toda a sua extensão, o que nos leva a pensar sobre quando em situações de lesões tumorais há a necessidade de realizar, como complementa Hanasono *et al.* (2013), a remoção de uma maior área, com a intenção de minimizar as chances de recidiva e alcançar um prognóstico melhor, assim confirmado por Santos *et al.* (2016), o que por vezes pode gerar danos maiores que o esperado e inteirado por Soares *et al.* (2022), que dizem que por vezes o tratamento de uma neoplasia maligna pode necessitar de uma grande ressecção.

Vale ressaltar quais são os objetivos quando tratamos de uma ressecção maxilar, segundo Horswell (2009), a principal função da palatoplastia é focar na aponeurose tensor-elevadora e no reposicionamento dos músculos de modo que atinja o correto mecanismo velar, já Sloom (2003) cita os objetivos baseados em separar as cavidades oral e nasossinusal, alcançar uma boa fonação, ter boa deglutição, correta mastigação e cosmese satisfatória, consoante a isso temos a fala de Hanasono *et al.* (2013), que diz que os objetivos ocorrem a depender do tamanho do defeito, podem separar a cavidade oral da nasossinusal, auxiliar na colocação de próteses e servir como apoio para as órbitas.

3.2 Pós-operatório e o Impacto Funcional e Estético da Maxilectomia

Uğurlu *et al.* (2007) ressaltam os pontos negativos nos defeitos palatomaxilares, que atingem a respiração, alimentação, salivação, fala, qualidade de vida e estética facial, o impacto na fonética costuma ser bem notável como é detalhado por Santos *et al.* (2016), que diz que quando um paciente é submetido a uma cirurgia para retirar a ligação entre as cavidades oral e nasal, ocorre um aumento da voz anasalada. Trata-se de uma linguagem menos clara, dificuldades na pronúncia das palavras, diminuição da velocidade da linguagem durante as conversas e, como resultado, uma comunicação muito comprometida, confirmamos os efeitos da maxilectomia no pós-operatório por Brucoli *et al.* (2020), que dizem que a maxilectomia após tumores ou lesões traumáticas pode resultar em defeitos maxilares que podem causar disfunções físicas e funcionais, outro fator importante para se lidar no pós-operatório da maxilectomia é a questão citada por Kreeft *et al.* (2012) sobre mudanças na dieta que podem ser causadas devido a mudança na forma do paciente se alimentar, de acordo com a pesquisa realizada por Artopoulou *et al.* (2017), podemos comprovar por meio de seus resultados o impacto da xerostomia e da estética quando é dito que em sua pesquisa os grupos relataram escores significativos de xerostomia, provavelmente devido à doença que necessita de terapia adjuvante, e estavam insatisfeitos com sua aparência devido as cicatrizes faciais decorrentes da intervenção cirúrgica que não podem ser retiradas, o que impacta a imagem do paciente, no relato de caso reproduzido por Santos *et al.* (2016), podemos encontrar um exemplo prático de que não apenas a questão estética afeta o paciente, quando ele cita que a maior queixa da paciente em questão era sobre a dificuldade na fonação e na alimentação, pois se alimentava por sonda nasogástrica e também por isso tinha dificuldade na fonética, assim como no relato de caso observado por Soares *et al.* (2022), que ilustra os obstáculos enfrentados pelo paciente maxilectomizado, dizendo que houve uma queda da qualidade de vida devido às comunicações buconasais presentes em palato duro e mole, que dificultavam a alimentação e a fala, ressalta também os problemas estéticos por conta da assimetria facial, Soares *et al.* (2022) também validam que as mudanças estéticas que interferem emocionalmente e no convívio social.

3.3 Indicações, Causas e Fatores de Risco da Maxilectomia

Hanasono *et al.* (2013) dizem que tratar os defeitos maxilares está entre as áreas mais complexas do reconhecimento oncológico de cabeça e pescoço, portanto os defeitos maxilares são formados a partir de maxilectomias que são classificadas por Molumi, Dubey e Apaio (2012) como radical, radical estendida com exenteração orbital e ressecção craniofacial, suas causas variam, porém Hassani *et al.* (2020) citam que as causas principais dos defeitos maxilares são trauma e ressecção devido a lesões patológicas, na pesquisa realizada por Molumi, Dubey e Apaio (2012), vemos que os resultados apontam que de 43 pacientes foram encontrados carcinomas espinocelulares em 29 (67,4%) pacientes e que quanto piores são as condições socioeconômicas e com sistemas de prestação de cuidados de saúde menos adequados, há mais evidências de tumores malignos, já o local de tumor mais comum citado por Hanasono *et al.* (2013) são os tumores nasossinusais (56,1%), já Sun *et al.* (2009) citam que os resultados da sua pesquisa em 19 pacientes foram de carcinoma de palato em 8 pacientes, carcinoma gengival em 7 pacientes e carcinoma adenoide cístico em 2 pacientes, Kusterer *et al.* (2012) dizem que a neoplasia maligna de glândula salivar mais comum é o carcinoma mucoepidermoide (CME), atingindo principalmente o palato e região parotídea. Sobre os riscos associados à maxilectomia e ainda seus maiores impactos, Irish *et al.* (2009) citam que a maxilectomia pode resultar em desfiguração facial significativa além de incapacidade funcional, já Han, Kang e Rhie (2014), além dos fatores citados anteriormente, adiciona que a fenda palatina também pode causar acúmulo de líquido no ouvido médio e má oclusão. Adentrando sobre os fatores de risco, Soares *et al.* (2022) citam que os principais fatores de risco são o fumo e o consumo exacerbado de bebidas alcoólicas, além de agentes biológicos, como o papilomavírus humano (HPV), má higiene oral, antecedentes de neoplasia do trato aerodigestório e exposição à luz ultravioleta em excesso, além desses pontos, Molumi, Dubey e Apaio (2012) citam o trismo como um fator de risco pós-maxilectomia devido a contratatura cicatricial do músculo masseter, a perda de tecido, ao efeito de secagem na cavidade aberta e fratura dos processos pterigoides com espasmo dos músculos pterigoides.

3.4 Classificação dos Defeitos Cirúrgicos

3.4.1 Classificação baseada na Extensão e Localização

Hanasono *et al.* (2013) dizem que um dos grandes problemas da reconstrução da maxila é que os defeitos gerados pela ressecção oncológica são muito variáveis. Pode-se distinguir os defeitos com base no fato de a função poder ser restaurada com um obturador ou com retalho livre, quando tratamos de maxilectomia concluímos que existem diversas classificações, Ali, Altaie e Nattress (2015) explicam o porquê de uma dessas categorizações não ser mais utilizada, ainda que o método desenvolvido por Aramany seja uma classificação muito útil, esta considera apenas o defeito no plano horizontal e não dá nenhuma indicação da tamanho do defeito no eixo vertical, Iyer e Thankappan (2014) citam ainda outras classificações como a de Cordeiro *et al.* (1998), que sugeriu um sistema de classificação em quatro partes e a de Triana *et al.* (2000) que classificaram os defeitos em: (1) maxilectomia parcial inferior, subdividida com base na extensão do palato perdido e (2) maxilectomia total, subdividida dependendo da remoção da órbita e da quantidade de osso malar e arco zigomático perdido. Okay *et al.* (2001) descreveram um esquema baseado nos planos horizontais, apesar de todas as formas de classificações, a que mais se destaca e que é mais utilizada é a classificação criada por Brown segundo Ali, Altaie e Nattress (2015), uma vez que essa classificação modificada dos defeitos maxilares apresenta o defeito tanto na vertical quanto em planos horizontais para pacientes maxilectomizados tanto dentados quanto edêntulos. Existem diversas classificações para os defeitos, porém a mais utilizada é a classificação de Brown, justamente por ser a mais completa, uma vez que ela possui um método completo de análise considerando o defeito em sua totalidade, tanto na vertical como na horizontal, diferente do método proposto por Aramany, por exemplo, o qual classificava somente com enfoque em seu eixo horizontal (Ali; Altaie; Nattress, 2015; Hanasono *et al.*, 2013; Iyer; Thankappan, 2014; Kreeft *et al.*, 2012; Moreno *et al.*, 2010; Pool *et al.*, 2020; Yamamoto, 2005). A classificação de Brown vai de encontro com duas descrições, tanto sobre os defeitos no plano vertical como os defeitos horizontais para pacientes maxilectomizados (dentados e edêntulos), resumindo a divisão vertical em Classes de 1 a 4 e o componente horizontal de A a D, da seguinte forma:

Classe 1 – Uma maxilectomia que não possui comunicação entre a boca e o seio maxilar;

Classe 2 – Maxilectomia que não envolve assoalho ou conteúdo orbital;

Classe 3 – Maxilectomia que envolve a órbita;

Classe 4 – Chamada de maxilectomia radical por envolver a exenteração da órbita.

- A. Com defeito palatino, mas sem atingir o alvéolo;
- B. É a maxilectomia que envolve uma região menor ou igual à metade da maxila;
- C. É uma maxilectomia que envolve uma parte menor ou igual a metade do defeito anterior, podendo ser de forma bilateral ou transversa;
- D. Maxilectomia que atinge uma região maior que metade da maxila.

Após realizada a maxilectomia, nos deparamos com várias formas de realizar o preenchimento dessa cavidade criada, ou seja, reabilitar o paciente, e a literatura é praticamente unânime no aspecto de apresentar as mesmas vantagens e desvantagens existentes tanto para os retalhos como para as próteses obturadoras (as duas grandes formas de reconstrução), entre todas elas, algumas sobressaem devido ao seu grau de relevância (Brucoli *et al.*, 2020; Devlin; Barker, 1992; Han; Kang; Rhie, 2014; Hanasono *et al.*, 2013; Iyer; Thankappan, 2014; Kreeft *et al.*, 2012; Kusterer *et al.*, 2012; Molumi; Dubey; Apaio, 2012; Moreno *et al.*, 2010).

Quadro 1 – Quadro de comparação entre os métodos reabilitadores

MÉTODO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Uso de Prótese Obturadora	– Indicado para pacientes com alta chance de recidiva ou metástases, já que permite o exame clínico (Molumi; Dubey; Apaio, 2012). – Menor tempo de procedimento (Moreno <i>et al.</i>, 2010). – Colocação de tampão nas primeiras 24h de pós-cirúrgico (Yamamoto, 2005). – Possibilidade de receber a obturação definitiva após 3 meses da maxilectomia (Hassani <i>et al.</i>, 2020). – Restabelece fala e dentição (Hassani <i>et al.</i>, 2020). – Correção do contorno de lábio e bochecha, além da reprodução de dentes perdidos (Melan <i>et al.</i>, 2021). – Auxiliam na recuperação emocional do paciente, já que preenchem a cavidade de imediato (Melan <i>et al.</i>, 2021). – Método mais simples e menos invasivo (Soares <i>et al.</i>, 2021).	– Dificuldade de uso para pacientes advindos da radioterapia (Pool <i>et al.</i>, 2020). – Chance de ocorrer vazamento nasal (Pool <i>et al.</i>, 2020). – Necessidade de manutenção (Melan <i>et al.</i>, 2021; Pool <i>et al.</i>, 2020). – Necessidade de limpeza periódica (Pool <i>et al.</i>, 2020). – Reprodução não exata da região perdida (Sloot, 2003). – Se não higienizada corretamente, gera possibilidade de infecções (Pool <i>et al.</i>, 2020). – Inadequados para ressecções da base do crânio, assoalho e conteúdo orbital ou tecidos moles (Molumi; Dubey; Apaio, 2012).
Uso de Retalho	– Indicado para pacientes com exposição intracraniana, com perda de conteúdo orbital e ressecção de tecidos moles (Iyer; Thankappan, 2014). – Retalhos com reconstrução óssea são indicados para defeitos bilaterais (Iyer; Thankappan, 2014). – Bons resultados de deglutição, sem obter refluxo ou hipernasalidade (Yamamoto, 2005). – Permite uma boa pronúncia, já que não foi comprovada diferença significativa entre um método e outro (Kusterer <i>et al.</i>, 2012). – Bom selamento dos defeitos palatinos e mais difícil de ser removido (Hassani <i>et al.</i>, 2020).	– Dificuldade em trazer de volta o volume (Artopoulou <i>et al.</i>, 2017). – Possível morbidade da região que foi retirada o retalho (Moreno <i>et al.</i>, 2010). – Longo tempo cirúrgico e de recuperação (Kusterer <i>et al.</i>, 2012). – Possível atraso no diagnóstico de recidiva local (Kusterer <i>et al.</i>, 2012). – Arriscado para pacientes de pós radioterapia, caso necessite de implante ósseo integrado (Devlin; Barker, 1992). – Desafio no momento da reconstrução devido à complexidade anatômica (Devlin; Barker, 1992). – Cicatrização deficiente, por ter retalhos que podem causar mau odor e formar crostas, devido a presença de pelos (Britt <i>et al.</i>, 2019). – Estreitamento das cavidades nasal e oral, que prejudica a função (Britt <i>et al.</i>, 2019).

Fonte: Elaborada pela autora.

3.4.2 Classificação, Tratamento e Impactos Funcionais

Sloot (2003) diz que quanto mais houver o refinamento da classificação dos

defeitos, maior será a oportunidade para comparação de modalidades de reconstrução, podemos confirmar a necessidade de se encontrar uma solução adaptada à cada paciente, pelo o que diz Kreeft *et al.* (2012) em seu procedimento pós maxilectomia, por exemplo em alguns pacientes com grandes defeitos, há necessidade de enxerto de pele dividida, ainda que Moreno *et al.* (2010) digam que a reabilitação com obturador palatino tem sido a abordagem mais tradicional para o tratamento de defeitos da maxilectomia temos uma grande variedade de formas de maxilectomia e reconstruções que se adaptam a cada paciente, como o que se mostra na narrativa de Iyer e Thankappan (2014), que exemplifica que quando o conteúdo orbital é exenterado juntamente com uma maxilectomia, ocorre um aumento na complexidade com a comunicação das cavidades oral e nasal, com o exterior, podendo até atingir a cavidade craniana, todo o planejamento cirúrgico se faz essencial tendo em vista também os impactos funcionais e estéticos, como é citado por Brucoli *et al.* (2020), que a maxilectomia após tumores ou lesões traumáticas cria defeitos maxilares que podem ser determinantes em disfunções físicas (como fístulas oronasais e perda de suporte da bochecha e lábio) e comprometimento funcional, também encontramos relato dessas alterações funcionais descritas por Irish *et al.* (2009), na qual ele nota maior dificuldade com vazamento quando se tenta deglutir, situação de boca seca e dificuldade para mastigar, pontos como fala de difícil compreensão, utilização do obturador e exclusão de eventos familiares e sociais também são ressaltados, já sobre a estética cita que a aparência facial deixa os pacientes insatisfeitos, principalmente devido ao lábio superior.

3.5 Opções de Tratamento

3.5.1 Prótese Obturadora X Métodos Cirúrgicos de Reconstrução

Yamamoto (2005) diz que quando se trata de uma restauração oncológica de defeitos causados pela maxilectomia, a avaliação correta e a compreensão dos defeitos médio-faciais são pontos primordiais para atingir um bom resultado, Ali, Altaie e Nattress (2015) sintetizam as formas para realizar o fechamento do defeito que pode ser por fechamento cirúrgico primário, reconstrução com retalho cirúrgico ou obturação protética, concomitante a isso Kusterer *et al.* (2012) explicam que o tratamento depende da localização, do grau de malignidade, do estágio do tumor e da

presença ou não de metástases nodais. Para as lesões de baixo e intermediário grau podem ser feitas as excisões cirúrgicas locais, ao passo que as lesões de alto grau necessitam de abordagens mais agressivas, com uma excisão local ampla, esvaziamento linfático e radioterapia complementar. Nesse contexto, Kreeft *et al.* (2012) citam também que as restaurações dos defeitos do palato duro costumam ser feitas com próteses palatinas. Já que se trata de um método simples e não cirúrgico para remover a comunicação oronasal e oroantral, devolver a fala normal e a dentição maxilar. Outras opções de reconstrução resumem-se nos enxertos não vascularizados, retalhos locais, retalhos regionais e transferência livre de tecido revascularizado. Na exposição de Moreno *et al.* (2010), é dito que os retalhos livres possuem tempos cirúrgicos e de recuperação maiores, o que aumenta a chance de complicações em relação a obturação protética. Além disso, há chance de que a obliteração do defeito da maxilectomia pelo retalho livre atrase o diagnóstico de recidiva local, dificultando o processo, o mesmo diz que o resultado da fala e da deglutição de pacientes submetidos à maxilectomia depende da extensão do defeito. Iyer e Thankappan (2014) destacam um dos fatores complicadores de uma das técnicas cirúrgicas existentes devido ao seu grau de dificuldade técnica e à morbidade cirúrgica associada, porém deve-se lembrar que conforme citado por Brucoli *et al.* (2020), para se ter sucesso, é necessário que a técnica preencha o defeito, permita uma estreita interligação da boca e do nariz, restaure as funções fisiológicas e melhore a estética. Ainda em se tratando de outros métodos cirúrgicos disponíveis, temos, segundo Han, Kang e Rhie (2014), a palatoplastia de von Langenbeck, palatoplastia pushback VY, palatoplastia de dois retalhos e palatoplastia de dupla oposição, o mesmo ainda exemplifica as desvantagens do método de von Langenbeck e pushback VY, citando respectivamente que sua desvantagem é a fala prejudicada devido à dificuldade de alongamento da fissura e limitações na movimentação do palato mole, ainda que a palatoplastia pushback VY permita a extensão do comprimento do palato e a fixação do levantador do véu palatino ambos na mesma direção, ela pode gerar um prejuízo em relação ao crescimento maxilar por conta da contratura do defeito maior. Sun *et al.* (2009) demonstram ainda outros métodos cirúrgicos existentes para reabilitação pós maxilectomia como o retalho osteocutâneo da fíbula, retalho osteocutâneo da crista ilíaca, retalho osteocutâneo escapular, retalho miofascial temporal e aba gorda bucal pediculada da almofada.

3.5.2 Evolução dos Tratamentos Oncológicos: Radioterapia e Quimioterapia

Segundo Hanasono *et al.* (2013), uma das desvantagens sobre a radioterapia pós-operatória é a colocação de implantes osseointegrados, que pode ser arriscada, completamos isso com a afirmação de Uğurlu *et al.* (2007) que dizem que: “a única perda de retalho em seus pacientes ocorreu devido a osteorradionecrose [...]”. Kreeft *et al.* (2012) citam que em um momento a radioterapia influenciou negativamente a abertura bucal máxima média (29,1 mm versus 40,9 mm, $p = 0,017$), mas que a radioterapia adjuvante foi indicada no caso de ressecção incompleta, invasão óssea e múltiplas metástases linfonodais ou ainda, no caso de crescimento extracapsular. Na discussão de Artopoulou *et al.* (2017), eles citam as conclusões que obtiveram sobre o uso da radioterapia e quimioterapia, dizendo que os pacientes apresentaram menores escores gerais de qualidade de vida e de funcionamento do obturador perante aqueles que realizaram apenas a cirurgia. Além disso, houve xerostomia devido a radiação, trismo pós-radiação, mucosite oral e infecções fúngicas associadas a muita dor cavidade oral, nasalidade abundante, dificuldades na pronúncia de palavras e mudanças na voz, provavelmente pelas cicatrizes pós-radiação, fibrose de palato mole e defeito de articulação causado pelo trismo e xerostomia. Sobre as inovações existentes, Brucoli *et al.* (2020) citam que o escaneamento digital pode ser um bom aliado já que captura os tecidos em estado passivo, gerando uma impressão mucostática; o uso de capturas de tela melhora a relação entre laboratório e consultório; alterações nos projetos podem ser feitas antes da estrutura ter sua versão final fabricada. Há também indícios de possibilidade de atender pacientes que possuem alergia ao material de moldagem. Além disso, completamos com a afirmação de Yamamoto (2005), que diz que conforme os autoenxertos compostos vascularizados utilizando técnicas microcirúrgicas vêm se desenvolvendo, a reconstrução dos grandes defeitos será alcançada cada vez mais com melhor resultado funcional e estético.

3.6 Prótese Obturadora

3.6.1 Definição e Função da Prótese Obturadora

Artopoulou *et al.* (2017) dizem que a forma de reabilitação mais usada é a

prótese obturadora já que restaura as funções dos pacientes, quase atingindo a normalidade. Para exemplificar o que são os obturadores, Uğurlu *et al.* (2007) dizem que os obturadores protéticos são pouco invasivos por não serem cirúrgicos e permitem um acompanhamento do caso a olho nu. Porém, requerem determinada habilidade de manuseio do paciente e manutenções recorrentes. Podemos unir a afirmação de Brucoli *et al.* (2020) com a de Kusterer *et al.* (2012), nas quais dizem respectivamente que as próteses bucomaxilofaciais criam essa reabilitação para os pacientes com mutilação facial pelas mais diversas causas, e que o objetivo da reabilitação protética é justamente, separar as cavidades nasal e bucal por meio da remodelação e reconstrução do contorno palatino, tentar melhorar ao máximo as condições estéticas e funcionais, auxiliando também na proteção de traumas, acúmulos de resíduos e servindo como suporte para determinadas estruturas. É possível concluir que, conforme dito por Sun *et al.* (2009), o obturador protético é uma forma viável para realizar a reabilitação.

3.6.2 Indicações, Contraindicações e Requisitos para uma Prótese Obturadora bem adaptada

Hanasono *et al.* (2013) citam que os obturadores são um método muito válido, principalmente para defeitos não tão extensos, os defeitos maiores podem não gerar uma retenção satisfatória. Kusterer *et al.* (2012) dizem que essa prótese tem indicação para pacientes portadores de neoplasias maxilares em que haja a necessidade de qualquer tipo de maxilectomia que gere uma comunicação entre a cavidade oral e o seio maxilar ou cavidade nasal. Em se tratando de contraindicações, Sloot (2003) expõe que, o obturador pode não ser recomendado quando há uma porção do alvéolo maxilar contendo dentes, com um ou ambos os caninos ou ainda numa situação de palatetectomia transversa ligeiramente menor ou maior que 50% da superfície palatina (Classe II e III, respectivamente) devido as forças cantilever que são colocadas no obturador durante a alimentação. Já Moreno *et al.* (2010) citam que, os obturadores não mantêm a cavidade da maxilectomia limpa, acumula resíduos mesmo com uma limpeza rigorosa, além de gerar a necessidade de reajustes no obturador, conclui-se, portanto, que, os defeitos maxilares maiores acabam impedindo o uso de próteses, principalmente em pacientes edêntulos. Em alguns casos, uma prótese-obturadora “usa o defeito” como uma maior forma de retenção, porém em defeitos muito grandes,

a prótese pode se tornar excessivamente pesada, gerando uma diminuição na retenção, justamente pelo tamanho do defeito. Em relação a questão de requisitos para uma boa prótese, podemos apontar o descrito por Ali, Altaie e Nattress (2015), que diz que é necessário que a prótese removível tenha preencha os requisitos de ser retentiva, estável e ter um bom suporte, para que se tenha sucesso. O suporte no obturador pode advir do palato duro residual, do rebordo alveolar, dos dentes restantes e de dentro do próprio defeito. É importante que estejam o mais próximo possível dos dentes e não apliquem um torque maior que o suportado, a placa pterigoide, costuma ser o suporte mais usado. Molumi, Dubey e Apaio (2012) completam que o material mais usado para os obturadores é o polimetilmetacrilato e podem ser confeccionados com dentes protéticos, o que gera uma boa aparência. Brucoli *et al.* (2020) vão de encontro a fala de Ali, Altaie e Nattress (2015), dizendo que o suporte, a estabilidade e a retenção são cruciais para que a prótese funcione. Entende-se que, conforme Kreeft *et al.* (2012), a prótese obturadora traz uma maior agilidade no processo de reabilitação, sendo mais rápida e prática.

3.6.3 Benefícios funcionais e psicológicos para pacientes após a Maxilectomia e colocação da Prótese

É sabido o que Sun *et al.* (2009) dizem que quando ocorre o fechamento do defeito, a qualidade de vida do paciente melhora significativamente. Irish *et al.* (2009) citam como resultado positivo que os pacientes não tiveram muita dificuldade com a compreensão da fala, com a manipulação do obturador e que vêm deixando de evitar eventos familiares ou sociais. Irish *et al.* (2009) também apontam que após a maxilectomia e antes de realizar o procedimento obturador as mulheres apresentavam um maior nível de depressão que os homens, Soares *et al.* (2022) mencionam que há uma melhora dos pacientes após a colocação do obturador visto que evita contaminações, infecções, hemorragias, facilita a alimentação e deglutição, e, dessa forma, há um impacto positivo na função e na parte psicológica dos pacientes. É válido concluirmos com a exposição de Kusterer *et al.* (2012), que o planejamento multidisciplinar, bem como o acompanhamento no pré e pós-operatório são essenciais para inserir o paciente na sociedade novamente.

4 RELATO DE CASO

Trata-se de CAS, um paciente jovem de 39 anos, sexo masculino, etilista e fumante, que desenvolveu um tumor maligno, carcinoma espinocelular, em laringe com extensão para palato mole, sem atingir o palato duro, diagnosticado em 01/2024. Após diagnóstico, o paciente passou por uma ressecção tumoral com esvaziamento cervical bilateral (04/2024), 33 sessões de radioterapia (com dosagem total de 7666.3Cc) e 35 sessões de quimioterapia (finalizadas em 08/2024). O tratamento resultou em grande perda estrutural, sendo necessária a utilização de sonda nasoenteral para alimentação. Após liberação médica, o paciente foi encaminhado para reabilitação bucomaxilofacial.

O paciente foi recebido pelo Instituto Mais Identidade em 09/2024. O processo de reabilitação durou 5 semanas desde a consulta inicial (23/09/2024) até a entrega da prótese (01/11/2024). A consulta inicial é composta por avaliação protética clínica e avaliação psicossocial.

Na primeira consulta protética, foi realizada uma anamnese completa, preenchimento de termo de uso de imagem e voz, preenchimento de TCLE (Anexo 1) aprovado pelo CEP (Anexo 2), fotografias iniciais (Figura 1), exames extra e intra orais (Figura 2), radiografia panorâmica (Figura 3) e tomografia computadorizada, e decidido que seria realizada uma prótese obturadora oronasofaríngea. Excluiu-se a possibilidade momentânea de uma reabilitação cirúrgica devido à extensão, gravidade do tumor e necessidade de uma cavidade aberta para visualização de uma possível recidiva a olho nu. Foi realizada uma moldagem de arcada dentária superior e palato duro com alginato e moldeira total perfurada e uma moldagem com o mesmo material na arcada dentária inferior. Na região de palato duro observou-se bastante dificuldade devido ao trismo adquirido durante as sessões de radioterapia. Realizado registro interoclusal em cera 7. Os moldes foram vertidos em gesso especial tipo IV, obtendo modelos de trabalho (Figura 4). Para o laboratório, foi solicitada uma armação metálica de liga cromo-cobalto para a maxila.

Figura 1 – Fotografia Inicial Intraoral



Fonte: Acervo da autora.

Figura 2 – Exame Intraoral - Odontograma

X	X		X	X	X						X		X	X			X	
18	17	16	15	14	13	12	11				21	22	23	24	25	26	27	28
Der								Lingual								Izq		
48	47	46	45	44	43	42	41				31	32	33	34	35	36	37	38
X	X	X	X													X	X	

Fonte: Acervo da autora.

Figura 3 – Radiografia Panorâmica



Fonte: Acervo da autora.

Figura 4 – Modelo de trabalho com desenho da armação metálica



Fonte: Acervo da autora.

Na segunda consulta protética, já com a armação entregue pelo laboratório (Figura 5), foi realizada a prova da armação, feitos os ajustes e iniciado o processo de confecção do obturador faringeano, que interliga a prótese do palato duro com o palato mole. Para tal utilizou-se uma base feita de fio ortodôntico 0,8 (tutor metálico) fixada à armação por meio de umacrílico (Figura 6).

Figura 5 – Armação metálica



Fonte: Acervo da autora.

Figura 6 – Armação com tutor metálico



Fonte: Acervo da autora.

Na terceira consulta protética, foram feitos mais ajustes na armação metálica com alicate 139 de ortodontia e alinhada à altura do obturador, para que não atingisse a região de inervação vagal e gerasse ânsia (para encontrar a altura ideal, foram feitos testes de altura, já que o paciente não tinha a prega de passavant, geralmente

utilizada para parâmetro). Com todos os ajustes realizados, foi colocada cera utilidade na região da junção (tutor-armação) e resina soft (Figura 7), sendo todo o conjunto levado para a cavidade para cópia das estruturas. Com a cópia das estruturas realizadas, encaixou-se a armação no modelo e adicionou-se mais gesso para que essa área também esteja presente no modelo de trabalho. Os modelos de trabalho (superior e inferior) foram fixados no articulador semi ajustável (ASA) para enviar ao laboratório, solicitando a acrilização total do tutor além dos elementos dentais faltantes na cor 69 (Figura 8).

Figura 7 – Cera utilidade com resina soft no tutor metálico e armação



Fonte: Acervo da autora.

Figura 8 – Prótese obturadora acrilizada



Fonte: Acervo da autora.

Na última consulta protética, foi realizada a prova final da prótese obturadora, realizados os desgastes necessários, polimento com torno de bancada e pedra pomes. Alguns testes fonéticos foram realizados com palavras como: pipoca, peteca,

quero-quero, gato e rato. No teste fonético, foi notado que havia uma seqüela no músculo levantador da língua e seria necessário o acompanhamento com o fonoaudiólogo, sendo o paciente encaminhado para serviço externo de fonoaudiologia. Foram realizadas fotografias finais do caso (Figura 9) e entregue orientações sobre a prótese (Figura 10).

Figura 9 – Prótese finalizada na cavidade oral



Fonte: Acervo da autora.

Figura 10 – Orientações de cuidado com a prótese




RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS COM AS PRÓTESES INTRA ORAIS:

- Escovar e lavar as próteses após cada refeição;
- Para a escovação, usar escova de dente de cerdas macias ou médias;
- Se possível, não dormir com as próteses totais ou parciais na boca, a fim de evitar a proliferação de fungos e bactérias;
- Antes de dormir e após a higienização, deixar a prótese em volume em um copo com água filtrada. Trocar a água todos os dias;
- 1 vez por semana, mergulhar as próteses em um copo com metade de água oxigenada (10 volumes) e metade de água filtrada. Após 15 minutos, lavar em água corrente. Caso prefira, substituir a água oxigenada por 1 tablete de higienização de próteses (Corega Tabs®);
- Voltar para acompanhamento solicitado pelo profissional responsável;
- Utilizar a prótese pelo menos 24h antes da consulta;
- Caso a prótese machuque, entrar em contato imediatamente com o profissional responsável.

Instituto Mais Identidade
Avenida José Maria Whitaker, 320 - Planalto Paulista - São Paulo/SP - CEP 04057-001
CNPJ 24.296.896/0001-66

Fonte: Acervo da autora.

Foi realizada apenas uma consulta de manutenção, na qual não foi necessário realizar ajustes na prótese.

Em janeiro de 2025, o paciente apresentou recidiva tumoral, com evidência de metástases envolvendo a mandíbula e o crânio. Em novembro do mesmo ano, a irmã do paciente, que o acompanhava regularmente nas consultas, comunicou ao Instituto Mais Identidade o falecimento de C.A.S., ocorrido em maio de 2025.

5 DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado ilustra as consequências anatômicas e funcionais de uma maxilectomia parcial e reforça a importância da reabilitação protética na restauração das funções orais e na melhora da qualidade de vida do paciente. Segundo Santos *et al.* (2016), a comunicação entre as cavidades oral e nasal decorrente da perda de continuidade do palato compromete funções como fala, mastigação, deglutição e estética facial, o que foi claramente observado no paciente relatado.

De acordo com a classificação de Brown *et al.*, o paciente se enquadra como Classe II A, caracterizada pela ressecção que envolve o assoalho do seio maxilar e a parede medial, com preservação do rebordo alveolar e sem extensão para o palato mole. Essa classificação é fundamental para o planejamento reabilitador, pois permite determinar o tipo de prótese mais adequado de acordo com a extensão e localização do defeito, como apontam Hanasono *et al.* (2013) e Ali, Altaie e Nattress (2015).

A escolha da prótese obturadora oronasofaringeana foi condizente com as recomendações da literatura. Conforme Molumi, Dubey e Apaio (2012) e Kusterer *et al.* (2012), o obturador é indicado em pacientes com defeitos adquiridos após ressecções tumorais e que apresentam risco de recidiva, pois permite acompanhamento clínico direto e não inviabiliza futuras intervenções cirúrgicas. Além disso, Moreno *et al.* (2010) destacam que esse tipo de reabilitação apresenta menor tempo de tratamento e menor morbidade quando comparado a reconstruções com retalhos microcirúrgicos, sendo particularmente vantajosa em pacientes oncológicos.

Durante a confecção da prótese, observou-se trismo acentuado e dificuldade na moldagem, complicações comumente associadas à radioterapia, conforme descrito por Kreeft *et al.* (2012) e Artopoulou *et al.* (2017). A literatura aponta que a fibrose muscular e a redução da abertura bucal são efeitos adversos da radioterapia que dificultam o processo de reabilitação, exigindo técnicas individualizadas e abordagens adaptadas para garantir o sucesso clínico.

Os resultados obtidos após a instalação da prótese foram compatíveis com os achados de Sun *et al.* (2009), Irish *et al.* (2009) e Artopoulou *et al.* (2017), que observaram melhora significativa na fala, deglutição e mastigação após a reabilitação protética em pacientes maxilectomizados. Ainda que o paciente tenha apresentado

limitações fonéticas decorrentes de sequelas musculares, houve melhora funcional evidente, evidenciando a eficácia do tratamento reabilitador.

Apesar das vantagens, Pool *et al.* (2020), Melan *et al.* (2021) e Sloat (2003) alertam para algumas limitações do uso de obturadores, como a necessidade de manutenção frequente, possíveis desconfortos e dificuldades de higienização — fatores que reforçam a importância do acompanhamento periódico. Em pacientes irradiados, como no caso descrito, tais cuidados são ainda mais necessários, devido à predisposição a mucosites, infecções e alterações salivares (Artopoulou *et al.*, 2017; Uğurlu *et al.*, 2007).

A atuação interdisciplinar foi decisiva para o sucesso do tratamento. De acordo com Kusterer *et al.* (2012), Soares *et al.* (2022) e Brucoli *et al.* (2020), a integração entre cirurgiões, protesistas, fonoaudiólogos e psicólogos é essencial para restabelecer a função e a autoestima desses pacientes, promovendo uma reabilitação mais humanizada. Essa abordagem foi aplicada neste caso, em que o acompanhamento psicológico e fonoaudiológico contribuiu para a adaptação e o bem-estar do paciente.

Portanto, o presente caso clínico confirma as evidências da literatura ao demonstrar que a prótese obturadora oronasofaríngea representa uma alternativa eficaz, reversível e adaptável para pacientes submetidos à maxilectomia Classe II A de Brown, especialmente quando há necessidade de vigilância oncológica contínua. O acompanhamento periódico e a atuação multiprofissional permanecem fundamentais para a manutenção funcional, estética e psicossocial do paciente reabilitado.

6 CONCLUSÃO

A reabilitação de pacientes que passaram por maxilectomia por meio do uso de prótese obturadora constitui um processo de grande relevância e complexidade, demandando conhecimento técnico especializado e atenção integral de toda a equipe de saúde. Esta pesquisa evidencia a importância desse recurso na recuperação da funcionalidade oral e na melhora significativa da qualidade de vida, permitindo que os pacientes realizem atividades cotidianas como mastigar, engolir e se comunicar de forma mais eficiente e segura.

O caso estudado demonstra que a prótese obturadora representa uma alternativa essencial para pacientes que não podem se submeter à reconstrução cirúrgica devido a limitações médicas, idade avançada ou necessidade de vigilância sobre a recorrência do câncer. É fundamental que o planejamento e a confecção da prótese sejam conduzidos por profissionais altamente capacitados, garantindo ajuste preciso, conforto funcional, estética adequada e acompanhamento clínico constante.

Além disso, é indispensável que novas investigações avancem na melhoria das metodologias de confecção, adaptação e manutenção das próteses obturadoras, assim como na aplicação de tecnologias inovadoras, como impressão tridimensional e materiais biocompatíveis, que potencializem a reabilitação desses pacientes. A colaboração entre diferentes áreas do conhecimento, incluindo odontologia, fonoaudiologia, psicologia, oncologia e engenharia biomédica, permanece essencial para oferecer um cuidado integral e centrado no paciente, promovendo abordagens holísticas que considerem os aspectos funcionais, emocionais e sociais das repercussões da maxilectomia.

REFERÊNCIAS

ALI, R.; ALTAIE, A.; NATTRESS, B. Rehabilitation of oncology patients with hard palate defects Part 2: Principles of obturator design. **Dental Update**, v. 42, n. 5, p. 428-434, 2015. Disponível em: DOI: 10.12968/denu.2015.42.5.428.

ARTOPOULOU, I. I.; KARADEMAS, E. C.; PAPADOGEORGAKIS, N.; PAPATHANASIOU, I.; POLYZOIS, G. Effects of sociodemographic, treatment variables, and medical characteristics on quality of life of patients with maxillectomy restored with obturator prostheses. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 118, n. 6, p. 783-789. e4, 2017. Disponível em: [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(17\)30086-0/abstract](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(17)30086-0/abstract). Acesso em: 16 abr. 2025.

BRITT, C. J.; HWANG, M. S.; DAY, A. T.; BOAHENE, K.; BYRNE, P.; HAUGHEY, B. H.; DESAI, S. C. A review of and algorithmic approach to soft palate reconstruction. **JAMA Facial Plastic Surgery**, v. 21, n. 4, 2019. DOI: 10.1001/jamafacial.2019.0008.

BRUCOLI, M.; BOFFANO, P.; PEZZANA, A.; CORIO, C.; BENECH, A. The use of optical scanner for the fabrication of maxillary obturator prostheses. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 24, n. 2, p. 157-161, 2020. DOI: 10.1007/s10006-020-00836-9.

CORDEIRO, P. G.; SANTAMARIA, E.; KRAUS, D. H.; STRONG, E. W.; SHAH, J. P. Reconstruction of total maxillectomy defects with preservation of the orbital contents. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 102, n. 6, p. 1874-1884, 1998.

DEVLIN, H.; BARKER, G. R. Prosthetic rehabilitation of the edentulous patient requiring a partial maxillectomy. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 67, n. 2, p. 223-227, 1992. Disponível em: [https://www.thejpd.org/article/0022-3913\(92\)90458-M/abstract](https://www.thejpd.org/article/0022-3913(92)90458-M/abstract). Acesso em: 16 set. 2025.

HAN, H. H.; KANG, I. S.; RHIE, J. W. Half-and-Half Palatoplasty. **Archives of Craniofacial Surgery**, v. 15, n. 2, p. 105, 2014. DOI 10.7181/acfs.2014.15.2.105.

HANASONO, M. M.; SILVA, A. K.; YU, P.; SKORACKI, R. J. A comprehensive algorithm for oncologic maxillary reconstruction. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 131, n. 1, p. 47-60, 2013. Disponível em: https://journals.lww.com/plasreconsurg/abstract/2013/01000/a_comprehensive_algorithm_for_oncologic_maxillary.9.aspx. Acesso em: 16 ago. 2025.

HASSANI, A.; HASHEMINASAB, M.; NIKPARTO, N.; KAMALI HAKIM, L. Staged reconstruction of hemimaxillectomy defect: Application of buccal fat pad flap, iliac bone graft and implant-supported dental prostheses. **Clinical Case Reports**, v. 8, n. 12, p. 2762-2767, 2020. DOI: 10.1002/ccr3.3268.

HERZOG, M.; GRAFMANS, D.; PLONTKE, S. K.; BARTEL, S.; PLÖSSL, S. Funktionelle Ergebnisse nach Rekonstruktion des weichen Gaumens bei Patienten mit Oropharynxkarzinom. **HNO**, v. 69, n. 2, p. 122-130, 2021. DOI: 10.1007/s00106-020-00839-8.

HORSWELL, B. B. Primary palatoplasty: Double-opposing Z-plasty (Furlow technique). **Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 17, n. 2, p. 157-165, 2009. Disponível em: [https://www.oralmaxsurgeryatlas.theclinics.com/article/S1061-3315\(09\)00024-9/abstract](https://www.oralmaxsurgeryatlas.theclinics.com/article/S1061-3315(09)00024-9/abstract). Acesso em: 16 nov. 2025.

IRISH, J.; SANDHU, N.; SIMPSON, C.; WOOD, R.; GILBERT, R.; GULLANE, P.; BARKER, E. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. **Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck**, v. 31, n. 6, p. 813-821, 2009. DOI: 10.1002/hed.21042.

IYER, S.; THANKAPPAN, K. Maxillary reconstruction: current concepts and controversies. **Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India**, v. 47, n. 1, p. 8, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075223/>. Acesso em: 16 ago. 2025.

KREEFT, A. M.; KRAP, M.; WISMEIJER, D.; SPEKSNIJDER, C. M.; SMEELE, L. E.; BOSCH, S. D.; BALM, A. J. M. Oral function after maxillectomy and reconstruction with an obturator. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 41, n. 11, p. 1387-1392, 2012. Disponível em: [https://www.ijoms.com/article/S0901-5027\(12\)00326-8/abstract](https://www.ijoms.com/article/S0901-5027(12)00326-8/abstract). Acesso em: 16 nov. 2025.

KUSTERER, L. E. F. L.; PARAGUASSÚ, G. M.; SILVA, V. D. S. M. D.; SARMENTO, V. A. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 12, n. 4, p. 9-16, 2012. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18085210201000400002. Acesso em: 16 nov. 2025.

MELAN, Jean-Baptiste *et al.* Functional outcomes of soft palate free flap reconstruction following oropharyngeal cancer surgery. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 47, n. 9, p. 2265-2271, 2021. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0748798321004765>. Acesso em: 16 out. 2025.

MOLUMI, C. P.; DUBEY, S. P.; APAIO, M. L. Preservation of palatal mucoperiosteum for oronasal separation after total maxillectomy. **Indian Journal of Cancer**, v. 49, n. 2, p. 209-214, 2012. Disponível em: https://journals.lww.com/indianjcancer/fulltext/2012/49020/preservation_of_palatal_mucoperiosteum_for.3.aspx. Acesso em: 16 mar. 2025.

MORENO, M. A.; SKORACKI, R. J.; HANNA, E. Y.; HANASONO, M. M. Microvascular free flap reconstruction versus palatal obturation for maxillectomy defects. **Head & Neck**, v. 32, n. 7, p. 860-868, 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21264>. Acesso em: 22 out. 2025.

OKAY, D. J.; GENDEN, E.; BUCHBINDER, D.; URKEN, M. Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. **The journal of prosthetic dentistry**, v. 86, n. 4, p. 352-363, 2001.

POOL, C.; SHOKRI, T.; VINCENT, A.; WANG, W.; KADAKIA, S.; DUCIC, Y. Prosthetic reconstruction of the maxilla and palate. *In: Seminars in Plastic Surgery*. Thieme Medical Publishers, 2020. p. 114-119. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1709143>. Acesso em: 16 ago. 2025.

SANTOS, D. M.; NAGAY, B. E.; BITENCOURT, S. B.; SILVA, E. V. F.; GOIATO, M. C. Reabilitação com prótese obturadora após maxilectomia parcial: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 37, n. 2, p. 52-66, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319038138_Reabilitacao_com_protese_obturadora_apos_maxilectomia_parcial_relato_de_caso. Acesso em: 16 mar. 2025.

SLOOT, P. G. V. D. Hard and soft palate reconstruction. **Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery**, v. 11, n. 4, p. 225-229, 2003. Disponível em: https://journals.lww.com/otolaryngology/abstract/2003/08000/hard_and_soft_palate_reconstruction.1.aspx. Acesso em: 16 mar. 2025.

SOARES, M. E. D. C.; FALCI, A. L. V.; DE FREITAS, S. F.; MESQUITA, A. T. M.; GALO, R. Reabilitação oral com prótese obturadora em comunicação buconasal após ocorrência de carcinoma de células escamosas: relato de Caso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 2, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2182>. Acesso em: 19 out. 2025.

SUN, G.; YANG, X.; TANG, E.; WEN, J.; LU, M.; HU, Q. Palatamaxillary reconstruction with titanium mesh and radial forearm flap. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 108, n. 4, p. 514-519, 2009. Disponível em: [https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104\(09\)00290](https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104(09)00290). Acesso em: 16 ago. 2025.

TRIANA JR, R. J.; UGLESIC, V.; VIRAG, M.; VARGA, S. G.; KNEZEVIC, P.; MILENOVIC, A.; FUTRAN, N. D. Microvascular free flap reconstructive options in patients with partial and total maxillectomy defects. **Archives of facial plastic surgery**, v. 2, n. 2, p. 91-101, 2000.

UĞURLU, K.; SAKAK, B.; HÜTHÜT, I.; KARSIDAG, S.; SAKIZ, D.; BAŞ, L. Reconstructing wide palatamaxillary defects using free flaps combining bare serratus anterior muscle fascia and scapular bone. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 65, n. 4, p. 621-629, 2007. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(06\)01373-5/abstract](https://www.joms.org/article/S0278-2391(06)01373-5/abstract). Acesso em: 16 out. 2025.

VERO, N.; MISHRA, N.; SINGH, B. P.; SINGH, K.; JUREL, S. K.; KUMAR, V. Assessment of swallowing and masticatory performance in obturator wearers: a clinical study. **The Journal of Advanced Prosthodontics**, v. 7, n. 1, p. 8, 2015. DOI: 10.4047/jap.2015.7.1.8.

YAMAMOTO, Y. Mid-facial reconstruction after maxillectomy. **International Journal of Clinical Oncology**, v. 10, n. 4, p. 218-222, 2005. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10147-005-0510-0>. Acesso em: 16 jun. 2025.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indaiatuba
Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada **Prótese Obturatora de Maxilodominados: Rastio de Caso** que se refere a um projeto de pesquisa do (s) participante(s) **Isabel Christina Ribeiro Viana e Mariana Vieira Netto** que pertencem ao Curso de Odontologia da Universidade Paulista.

O(s) objetivo(s) deste estudo (ação) contribuir para pesquisas na área de odontologia e da saúde em geral, principalmente na tentativa de oferecer tratamentos mais personalizados e eficientes aos maxilodominados, com isso, contribuindo também para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Os resultados contribuirão para que menos falhas ocorram no processo de confecção das próteses obturatoras, acarretando menos sequelas na mastigação, fonação e estética dos pacientes.

Sua forma de participação consiste em atendimento clínico para confecção de prótese obturatora de maxila, que poderá ou não necessitar de fixação de implantes ósseos integrados para sua sustentação. Inicialmente será realizado um escaneamento e/ou moldagem da área a ser recuperada e solicitação de tomografia para planejamento do caso. Caso seja necessária a utilização de implantes, a cirurgia será agendada e realizada em ambiente ambulatorial, com espera de cicatrização completa de até 6 meses. Em seguida, iniciada as etapas para a confecção da prótese. Todo o atendimento não terá custo algum e será realizado nas dependências e sob responsabilidade do Instituto Mais Identidade (Av José Maria Whitaker, 320 – Planalto Paulista) sob agendamento prévio.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma e não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: mínimo e esse risco pode ser explicado como dificuldades inerentes do caso, como angústia área de estômago para a reabilitação, sendo possível perda dos implantes em caso de sua utilização em pacientes idosos.

Campus Indaiatuba - Rua Dr. Bacelar, 1212 - 4º andar - Vila Clementino CEP: 04023-002
F. (11) 5586-4066 - E-mail: cep@unip.br Horário de funcionamento das 08:00 às 18:00
Página 1 de 3



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indaiatuba
Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrente da sua participação nesta pesquisa: obtenção da maxila, proporcionando melhor fonação, deglutição e mastigação. Caso tenha interesse você pode pedir o envio por e-mail do resultado da sua participação.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação a qualquer preferir, sem penalização alguma ou com prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento entre em contato com o pesquisador responsável Luciano Lauria Dib, pelo e-mail lldib@unip.br com cópia para o CEP-UNIP pelo e-mail cep@unip.br. Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Este termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal Luciano Lauria Dib; Rua Jesuino Amado, 755, Itaim Bibi, São Paulo – SP; (11) 3168-0213; lldib@unip.br.

Eu, Isabel Christina Ribeiro Viana e Mariana Vieira Netto (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Luciano Lauria Dib, Isabel Christina Ribeiro Viana e Mariana Vieira Netto explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: São Paulo, 25 de agosto de 2024.

Isabel Christina Ribeiro Viana
(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, Luciano Lauria Dib
(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

estive de forma apropriada e voluntária e Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Campus Indaiatuba - Rua Dr. Bacelar, 1212 - 4º andar - Vila Clementino CEP: 04023-002
F. (11) 5586-4066 - E-mail: cep@unip.br Horário de funcionamento das 08:00 às 18:00
Página 2 de 3



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Campus Indaiatuba
Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

Campus Indaiatuba - Rua Dr. Bacelar, 1212 - 4º andar - Vila Clementino CEP: 04023-002
F. (11) 5586-4066 - E-mail: cep@unip.br Horário de funcionamento das 08:00 às 18:00
Página 3 de 3

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

Campus Indaiatuba - Rua Dr. Bacelar, 1212 - 4º andar - Vila Clementino CEP: 04023-002
F. (11) 5586-4066 - E-mail: cep@unip.br Horário de funcionamento das 08:00 às 18:00
Página 3 de 3

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prótese Otorrinolaringológica em Mastectomizadas: Reto do Cato

Pesquisador: Luciano Louro Dô

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 0329024.7.0000.0012

Instituição Proponente: Universidade Paulista - UNIP / Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.105.008

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa", e "Análise dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2383766 de 16/09/2024) e/ou do Projeto_da_pesquisa.docx (07/09/2024).

Resumo:

Mastectomia é um procedimento cirúrgico que envolve a remoção parcial ou completa da mama, geralmente para tratar tumores benignos ou malignos, ou em caso de trauma na região da cabeça e pescoço, resultando em defeito cirúrgico. Esse defeito muitas vezes cria uma comunicação orossau, que envolve áreas como o seio maxilar e a nasofaringe e, nos casos mais graves, pode se estender até a órbita e o crânio. O pós-operatório inclui desafios significativos, como problemas respiratórios, problemas de deglutição, desnutrição e problemas estéticos, além de possíveis complicações como o tórax. As causas mais comuns de mastectomia incluem neoplasias malignas, carcinomas espinocelulares e sarcomas. A classificação de Brown é a mais utilizada para categorizar os defeitos decorrentes desta operação, levando em consideração a extensão vertical e horizontal, facilitando assim o planejamento do tratamento. A reabilitação do paciente após mastectomia pode ser feita com

Endereço: Rua Dr. Raulino, 1312 4º andar
Bairro: Vila Geometria CEP: 04.029-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3580-4888 E-mail: cep@unip.br

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Contribuição do Parecer: 7.105.008

Prótese obturadora no transplante, cada método tem suas vantagens e desvantagens. A escolha do método de reabilitação depende das necessidades individuais de cada paciente, do histórico médico e da disponibilidade de recursos. Próteses obturadoras são frequentemente utilizadas devido à sua eficácia na reparação de defeitos cirúrgicos. A participação das equipes multidisciplinares é crucial não só para o tratamento cirúrgico, mas também para a reabilitação dos pacientes, para melhorar a sua qualidade de vida. Além disso, é importante abordar os preconceitos que os pacientes mastectomizados enfrentam e preparar a sociedade para lidar com esses problemas.

Hipótese:

O trabalho buscar trazer para a reflexão tanto dos profissionais de saúde como para o público em geral, a importância do procedimento de mastectomia, das possibilidades de reconstrução e dos aspectos gerados por ela.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal do trabalho em questão é realizar uma revisão de literatura baseada em artigos científicos e realizar o relato de caso.

Análise dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos, como dificuldades inerentes de caso, como ampla área de extensão para a reabilitação, sendo possível a perda dos implantes em caso de utilização em pacientes irradiados.

Benefícios:

Oclusão de mastia, proporcionando melhor função, deglutição e mastigação

Considerações e Conclusões sobre a Pesquisa:

relato de caso

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentada

Conclusões ou Pendências e Lista de Indicações:

sem pendências

Endereço: Rua Dr. Raulino, 1312 4º andar
Bairro: Vila Geometria CEP: 04.029-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3580-4888 E-mail: cep@unip.br

Contribuição do Parecer: 7.105.008

Considerações Finais e crítica do CEP:

Resultado: se que tudo ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e finais da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via reabilitação do tipo (relatório), para que sejam devidamente apreciadas pelo CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001112, Item 30.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Item Documento	Arquivo	Postagem	Assinatura	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2383766.pdf	18/09/2024 12:38:00	IZABEL CHRISTINA HEBERIO VIANNA	Aceita
Objetivo	Objetivo_da_pesquisa.docx	16/09/2024 12:37:01	IZABEL CHRISTINA HEBERIO VIANNA	Aceita
Ordemação de Prioridades	Termo_de_compromisso.pdf	07/09/2024 12:32:19	IZABEL CHRISTINA HEBERIO VIANNA	Aceita
Orçamento	Orçamento.pdf	07/09/2024 12:32:19	IZABEL CHRISTINA HEBERIO VIANNA	Aceita
TCE / Termos de Assentamento / Justificativa de Assentamento	tce.docx	07/09/2024 12:32:52	IZABEL CHRISTINA HEBERIO VIANNA	Aceita
Projeto Detalhado / Breve Descrição	Projeto_da_pesquisa.docx	07/09/2024 12:33:37	IZABEL CHRISTINA HEBERIO VIANNA	Aceita
Relato de Caso	Relato_de_caso_paciente.pdf	26/09/2024 11:31:47	IZABEL CHRISTINA HEBERIO VIANNA	Aceita

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessária Apreciação da COREP:

Não

SÃO PAULO, 26 de Setembro de 2024

Assinado por:
Bettina Guterres Brasil
(Coordenadora)

Endereço: Rua Dr. Raulino, 1312 4º andar
Bairro: Vila Geometria CEP: 04.029-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3580-4888 E-mail: cep@unip.br